UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1937-1938 — N° 25

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU PROCÉDÉ SYNCHRONE D'AMPUTATION ABDOMINO-PÉRINÉALE COMBINÉE DU RECTUM

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 17 Décembre 1937

PAR

Joachim-Roch-Robert EUGÈNE

Né à LAMENTIN (Martinique), le 16 Août 1908

Examinateurs de la Thèse :

MM. GUYOT, professeur..... *Président*
JEANNENEY, professeur.. } *Juges*
CHARRIER agrégé ..... } *Juges*
LOUBAT agrégé ..... } *Juges*

BORDEAUX
IMPRIMERIE MODERNE — A. DESTOUT AINÉ
139, Rue Sainte-Catherine & 8, Rue Paul-Bert

1937

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536509_0066

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1937-1938 — N° 25

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU PROCÉDÉ SYNCHRONE D'AMPUTATION ABDOMINO-PÉRINÉALE COMBINÉE DU RECTUM

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 17 Décembre 1937

PAR

Joachim-Roch-Robert EUGÈNE

Né à LAMENTIN (Martinique), le 16 Août 1908

Examinateurs de la Thèse :

MM. GUYOT, professeur..... *Président*

JEANNENEY, professeur.. } *Juges*

CHARRIER agrégé ..... } *Juges*

LOUBAT agrégé ..... } *Juges*

BORDEAUX

IMPRIMERIE MODERNE — A. DESTOUT AINÉ

139, Rue Sainte-Catherine & 8, Rue Paul-Bert

1937

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

DOYEN : M. MAURIAC.
ASSESSEUR : M. LABAT.
DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS
PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON, C. SIGALAS, SABRAZÈS, BÉGOUIN, DUPOUY.

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	MAURIAC / DUPÉRIÉ
Clinique chirurgicale et gynécol.	GUYOT
Clinique chirurgicale.	PAPIN
Pathologie et thérapeutique générales .	CARLES
Clinique d'accouchements	ANDERODIAS
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DAMADE
Anatomie	VILLEMIN
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL
Hygiène	LEURET
Médecine légale et déontologie	LANDE
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale	RÉCHOU.
Chimie	CHELLE
Botanique et matière médicale..	GOLSE
Pharmacie	VITTE
Physiologie	FABRE
Zoologie et Parasitologie	MANDOUL
Médecine expérimentale	AUBERTIN
Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ROCHER
Clinique médicale des maladies des enfants	CRUCHET
Chimie biologique et médicale.	MACHEBŒUF
Physique médicale et pharmac.	WANGERMEZ
Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	PETGES
Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY
Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE
Clin. d'oto-rhino-laryngologie..	PORTMANN
Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX
Clinique odonto-stomatologique.	DUBECQ

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).
R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Anatomie	N. / DUFOUR
Physiologie	N.
Médecine générale	PIECHAUD / DELMAS-MARSALET / De GRAILLY / FONTAN / BROUSTET / DERVILLÉE / N.
Chirurgie générale	CHARRIER
Chirurgie générale	LOUBAT / MASSÉ / DARGET / N.
Obstétrique	RIVIÈRE
Ophtalmologie	BEAUVIEUX
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
Dermatologie et Syphiligraphie..	JOULIA
Physique médicale	N.
Chimie générale pharmaceutique et toxicologique	N.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Anatomie	J. BEAUVIEUX
Physiologie	PETITEAU
Médecine opératoire	JEANNENEY
Accouchements	RIVIÈRE
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET
Puériculture	FAUGÈRE
Pharmacie galénique	MESNARD
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS
Physique médicale et pharmaceutique	AURIAC
Médecine légale	DERVILLÉE
Urologie	DARGET
Botanique	GIRARD
Bactériologie	MOUREAU
Législation pharmaceut.	POPLAWSKI
Chimie minérale	CASTAGNOU

Ophtalmologie ..... MM. CABANNES (en congé)
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

En gage de mon infinie reconnaissance.

A MA FIANCEE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MES MAITRES DES HOPITAUX
ET DE LA FACULTE DE MÉDECINE DE BORDEAUX

A MES JUGES

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN VILLAR

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

à qui nous devons le sujet de notre thèse.
Notre gratitude toute dévouée.

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE ET GYNÉCOLOGIQUE

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL SAINT-ANDRÉ

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE

VICE-PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

qui nous a fait l'honneur d'accepter
la présidence de notre thèse
Notre profonde déférence.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU PROCÉDÉ SYNCHRONE D'AMPUTATION ABDOMINO-PÉRINÉALE COMBINÉE DU RECTUM

INTRODUCTION

Nous nous sommes appliqués à bien préciser le titre de ce travail. Procédé synchrone d'amputation abdomino-périnéale combinée du rectum. A dessein le mot synchrone complète le mot combiné, utilisé seul d'ordinaire. C'est lui qui précise cette idée peu connue de travail simultané par les deux champs opératoires, et digne d'intérêt.

Quel que soit le mode d'intervention pour cancer du rectum, il est d'un usage nécessaire de commencer par une laparotomie dans le but au moins de contrôler par la vue et la palpation directe l'étendue des indications trouvées par l'examen clinique.

Au besoin ce premier champ servira en partie à l'amputation nécessaire. Tout examen et travail terminé de ce côté, le chirurgien entreprend l'exérèse du segment inférieur de l'intestin à amputer ou réséquer par la voie périnéale ou par la voie sacrée. Ce dernier mode d'opération s'appelle le procédé combiné abdomino-périnéal ou abdomino-sacré. Combiné, parce que les champs opératoires abdominal puis périnéal se complètent dans l'intervention.

Cette opération s'exécute en un temps, l'intervention étant complètement achevée en une seule séance, soit en deux temps avec espace de quelques jours entre les deux temps, ou en trois temps suivant les auteurs.

Toutes ces techniques avec leurs variantes ont cours actuellement. Le choix varie de l'une à l'autre plutôt avec les auteurs et les pays que par nécessité venant du siège du cancer.

Quelle qu'elles soient, ces techniques ont pour unique but de parfaire l'opération pour acquérir un meilleur résultat.

Avec cette même idée, on peut se demander si en opérant dans des conditions données, de façon synchrone par les deux voies abdominale et périnéale, c'est-à-dire deux groupes d'opérateurs travaillant simultanément chacun dans un des champs, on n'aboutirait pas à une exérèse plus complète et plus rapide du processus cancéreux et de ses extensions, pour obtenir cette guérison cherchée par tant d'améliorations de petits points de technique.

M. le docteur Jean Villar nous a fait l'honneur de nous suggérer ce travail et nous a demandé de dépouiller les recherches et travaux parus dont il ne connaissait que l'idée directrice.

Cette idée, grâce à l'obligeance de M. le Professeur J. Guyot et dans son service de clinique chirurgicale de l'Hôpital Saint-André avait déjà été mise en pratique dans deux observations. Dans la première par M. le Professeur Guyot et le docteur J. Villar, dans la deuxième par MM. les docteurs J. Villar et J. Chavannaz.

Ce sont ces observations, les premières parues en France, que nous avons été autorisé à présenter dans ce travail.

Après l'historique de la question, nous exposerons la technique du procédé synchrone abdomino-périnéal combiné d'amputation du rectum suivi de deux observations, puis les indications et contre-indications du procédé et nous conclurons

Avant d'entrer dans le détail de notre sujet notre plus strict devoir est de rendre hommage à tous nos éminents Maîtres

qui nous ont guidé de leurs conseils et qui ont contribué à notre formation médicale. Plus spécialement :

A M. le Professeur Bonnin : qu'il veuille accepter l'expression de notre respectueux dévouement pour sa très grande bienveillance.

A M. le docteur Jean Villar, qui nous a choisi le sujet de notre thèse, nous a guidé dans l'élaboration de ce travail, nous apportant l'aide précieuse de son expérience déjà très grande; nous sacrifiant longuement son temps pour nous faire préciser nos incertitudes et corriger nos erreurs.

Ses exposés si vivants de pratique chirurgicale courante le rappelleront sans cesse à notre souvenir. Les marques d'intérêt qu'il nous a témoigné nous ont été très sensibles.

Nous lui renouvelons l'expression de notre très vive et très sincère reconnaissance

A M. le Professeur J. Guyot qui nous a fait l'honneur de nous confier les observations de son service et d'accepter de présider notre thèse. Les conseils que vous nous présentiez avec tant d'esprit et de finesse au lit de vos malades furent pour nous la révélation de toute l'importance de l'observation et du sens clinique en chirurgie comme en médecine.

Dans vos leçons cliniques, claires, précises, que nous avons longtemps et régulièrement suivi, nous appréciions l'art d'instruire du Maître.

Nous garderons de notre stage dans votre Service de clinique chirurgicale et de gynécologie, de vos leçons magistrales, un précieux enseignement qui nous guidera pendant toute notre carrière.

Nous vous prions d'accepter l'expression de notre profond respect et de notre gratitude.

Nos remerciements et notre sympathie à notre camarade le docteur A. Geyer, médecin de la Marine, pour son amitié, son aide empressée et sa collaboration à nos traductions.

HISTORIQUE

Depuis la toute première tentative d'extirpation chirurgicale du rectum, qui, semble-t-il, fut exécutée par Paget en 1739, les efforts n'ont pas manqué pour créer et mettre au point une technique satisfaisante d'exérèse.

Tour à tour des méthodes avec variantes se succédèrent. Nous ne les citerons pas dans notre travail bien délimité.

Elles aboutirent à la mise au point d'une façon définitive, en 1896, de la technique de l'opération combinée abdomino-périnéale par Quénu. Méthode encore désignée à l'heure actuelle, aussi bien en France qu'à l'étranger, sous le nom de méthode de Quénu. C'est dans le but d'améliorer les résultats opératoires de l'exérèse du rectum cancéreux par la méthode de Quénu que des auteurs arrivèrent beaucoup plus tard à la méthode synchrone abdomino-périnéale qui nous occupe seule dans ce travail.

Les premiers furent les Japonais. Ils exposèrent la méthode synchrone d'amputation abdomino-périnéale, en mars 1933, dans les *Archives Japonaises de chirurgie*, sous le titre « Au sujet de l'opération de l'ablation du carcinome du rectum haut situé ». L'auteur spécifiait dans cet article que l'Ecole japonaise est arrivée à la méthode synchrone par double amélioration de la méthode de Quénu. Leur base point de départ fut la publication de la méthode de Quénu une première fois modifiée, suivie de multiples observations et de leurs résultats satisfaisants, faite en 1908 par leur Maître Torikata. Environ quinze ans avant sa publication la méthode synchrone était connue et appliquée par les Japonais.

Nous avons retrouvé ces détails dans un article de S. Fujinami du 28 janvier 1933. Il revendique pour les Japonais les

améliorations, de l'abdomino-périnéale combinée, qu'il expose succinctement et que Kirschner intitulait « procédé synchrone du traitement radical du cancer du rectum » un an auparavant.

Le 7 avril 1934, au LVIII[e] Congrès de la Société Allemande de chirurgie, on fait, pour la première fois, l'exposé critique de l'opération de Kirschner créé pour résoudre les difficultés de l'abandon du segment intestinal inférieur dans le bassin pendant l'abdomino-périnéale. C'est le procédé synchrone.

D'ailleurs, en septembre 1934, dans un très bel article magnifiquement illustré de *Klinische für chirurgie*, Kirschner résume d'abord ses observations personnelles de pratique pendant trois ans des procédés : abdomino-périnéal combiné et sacré. Il conclut que « la différence de mortalité post-opératoire favorable au procédé sacré est plus grande que la différence défavorable à ce procédé pour les récidives, le résultat total de l'opération sacrée après une observation de trois ans est meilleur que celui du procédé combiné ». Attaché au procédé combiné, Kirschner indique comment modifier ce procédé pour améliorer les résultats de l'avenir.

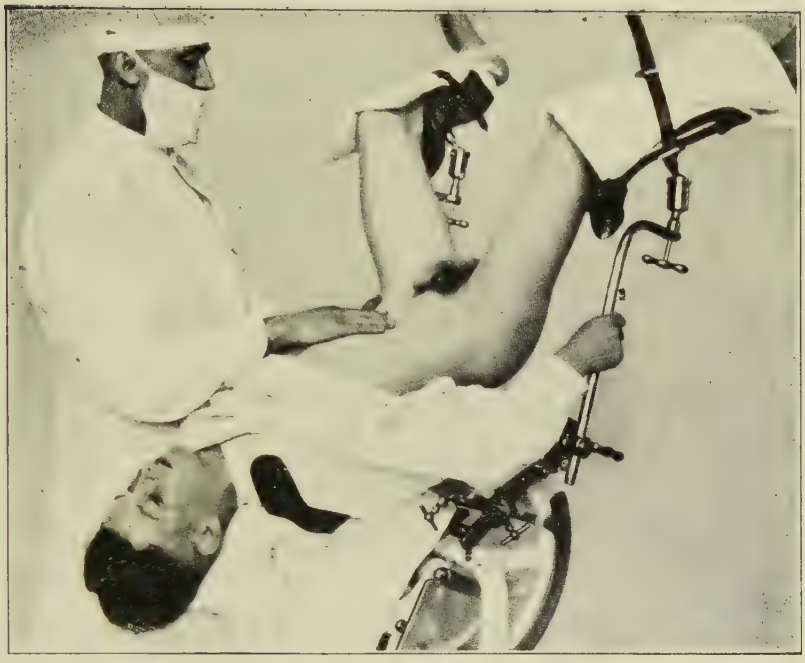
Pour réaliser cette amélioration il a été conduit au procédé synchrone abdomino-sacré. Il décrit sa technique complètement et dans ses moindres détails, son anesthésie spéciale, la position du malade et les avantages de sa méthode simplement indiqués lors du Congrès de chirurgie déjà cité.

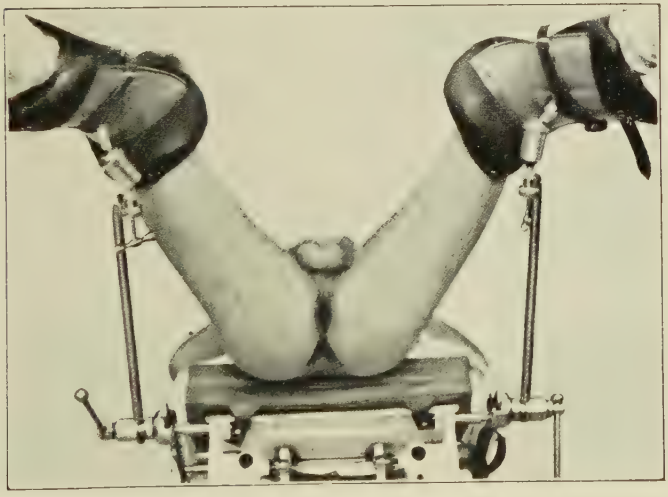
Là s'arrêtent les travaux des précurseurs. Rien n'a paru depuis sur cette méthode.

C'est alors que le docteur J. Villar, de Bordeaux, se trouvant l'année dernière à un congrès chirurgical à Paris, entendit parler de cette méthode. Il ne put recueillir sur elle que de vagues renseignements, sans bibliographie nette. Il eut le désir cependant, le premier en France, d'essayer cette méthode dont il ne connaissait pour ainsi dire que la désignation et quelques résultats. Avec ces quelques données il reconstitua d'abord une technique complète : la position spéciale

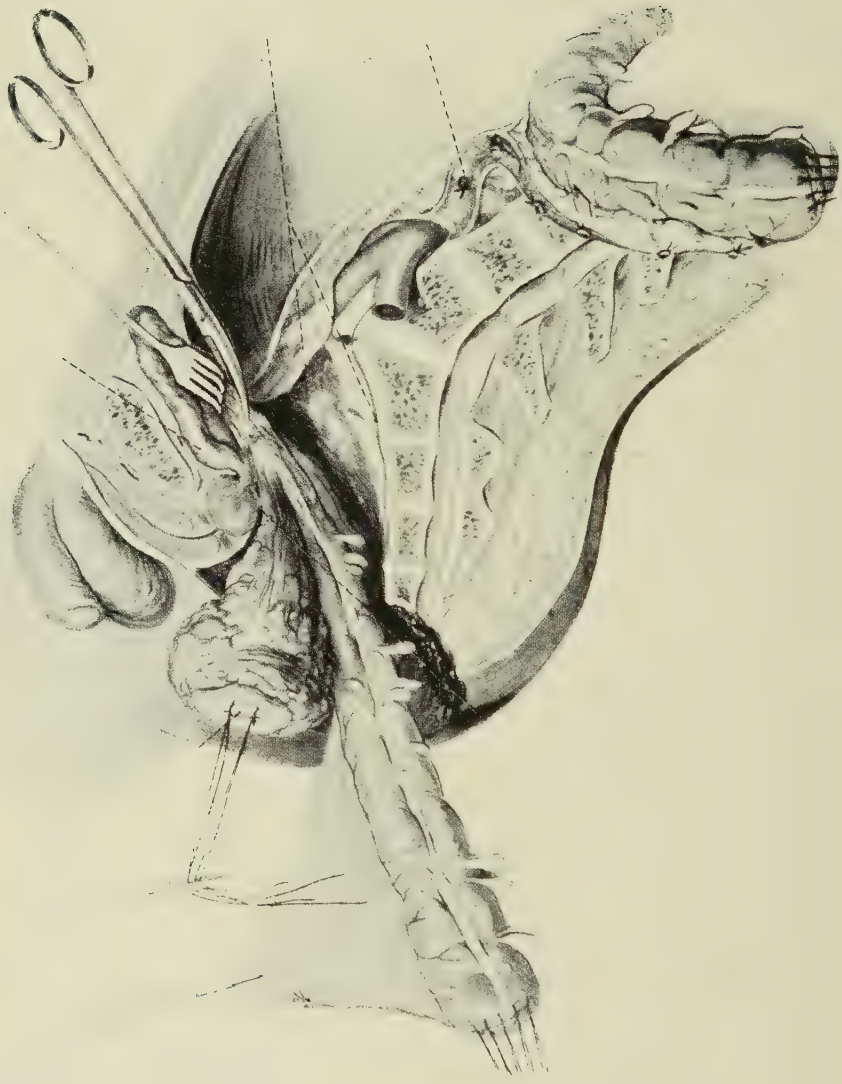
du malade, point extrêmement important, l'organisation de la salle, de groupes opérateurs, du matériel, l'importance de la diaphanoscopie.

En décembre 1936, il réalisa sa première opération. La seconde eut lieu en août 1937. Nous rapporterons fidèlement et scrupuleusement ces deux observations. Nous discuterons leur résultat en toute sincérité.





Position du malade
(*Photographies tirées de Kirschner.*)



Dégagement du rectum
(*Photographie tirée de Kirschner.*)

TECHNIQUE

La technique de l'opération combinée synchrone nécessite des conditions particulières à son application. Elles lui sont propres, tant au point de vue de l'anesthésie, de l'installation en bonne position du malade — l'opération portant sur deux champs opératoires simultanément — que de la composition des groupes opérateurs et de leur matériel spécial de protection et d'intervention.

Nous considérons le malade préparé au point de vue général, cardiaque et asepsie intestinale, aussi minutieusement que pour l'abdomino-périnéale combinée.

1° Anesthésie. — La rachianesthésie facilitera l'opération dans une large mesure. Sa durée de une heure environ suffira presque entièrement pour la méthode synchrone bien conduite. On obtiendra une excellente anesthésie par injection de dix centigrammes de syncaïne, en solution à 5 p. 100, dans le canal rachidien au niveau de la deuxième lombaire après évacuation de 10 à 15 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien. Mais on fera bien de prévoir un matériel pour l'anesthésie à l'éther, au cas où le malade commencerait à manifester de l'impatience ou à pousser ses intestins vers le champ pelvien. On pourra mettre l'ombrédanne en place sur la figure du malade, comme le conseille le Professeur F. Papin, dans le but de lui faire respirer un air plus chargé en gaz carbonique excitant du bulbe, pour éviter la syncope respiratoire.

La rachianesthésie procure un silence abdominal parfait. Les intestins basculés vers le diaphragme n'encombreront pas l'opérateur abdominal. A la libération du rectum le riche

plexus nerveux de cet organe bloqué, ne provoquera pas la mise en jeu des réflexes pelviens, si dangereux qu'ils peuvent compter parmi les principaux facteurs de gravité de l'intervention comme origine du shock.

2° Installation. — a) *Position du malade*. La nécessité de permettre l'intervention dans les deux champs abdominal et périnéal à la fois exige une position spéciale, commode aux opérateurs, sans être pénible, ni dangereuse pour le malade par une gêne apportée au fonctionnement de ses organes.

Le malade est couché sur la table en décubitus dorsal et en position gynécologique. Un petit coussin plat surélève légèrement son périnée qui déborde largement le bout de la table. Les deux jambes sont en flexion abduction légère, maintenues par des supports fixés aux côtés de la table. Des épaulières rembourrées retiendront activement le malade lors de la dernière manœuvre de mise en position.

b) *Protection* Après la pratique ordinaire d'asepsie cutanée on procède à l'isolement complet du malade par des champs stériles en ne laissant apparaître que les lignes d'incision.

En particulier, les jambes sont entièrement engainées de larges bottes de toile stérile puis fixées. Attaches et supports, comme tout le reste du corps, sont isolés par des champs stériles d'usage courant. Devant la tête sera tendu un écran fait d'un champ stérile disposé perpendiculairement à la table.

A ce moment on termine la mise en position en inclinant la table de 45° environ sur l'horizontale, par abaissement de la partie supérieure du corps.

Le malade ainsi installé, les deux champs opératoires sont commodément accessibles à chaque opérateur, moins cependant à l'opérateur abdominal qu'à l'opérateur périnéal qui jouit de sa pleine aisance.

c) *Opérateurs et matériel*. L'intervention s'exécutant dans deux champs simultanément nous prévoyons deux groupes opérateurs; l'un pour le champ abdominal, l'autre pour le

champ périnéal. Chacun a un aide à sa disposition plus un infirmier. Sur une table placée à sa portée et uniquement à son intension, chaque groupe trouvera bien disposé tout le matériel dont il aura à se servir.

En particulier une lampe stérile que les aides auront à préparer. Elle servira à l'aide d'un côté, à éclairer par diaphanoscopie l'opérateur de l'autre côté. La lampe du modèle courant, présenté par le docteur Jean Villar, à la Société de chirurgie de Bordeaux en 1936, a été employée pour cette diaphanoscopie.

C'est une lampe électrique, cylindrique, de petit diamètre, entièrement métallique, portant en son milieu un bouton de contact. A une extrémité, formant projecteur, est vissée une petite ampoule. A l'autre extrémité se dévisse un capuchon pour l'introduction de la pile. L'ensemble, lampe, ampoule assemblé sans la pile et ampoule de rechange, sont stérilisés avec les instruments. L'ampoule résiste très bien aux 170° de la stérilisation en chaleur sèche.

L'aide dévissera le capuchon, présentera le corps de la lampe à l'infirmier qui y laissera glisser la pile. Le capuchon revissé, la lampe est prête à servir.

3° Laparotomie médiane. — Ce premier temps a pour but tout d'abord la vérification par la vue et le toucher de l'étendue du processus néoplasique, à la suite de quoi l'intervention sera décidée ou non.

Incision de la symphyse à l'ombilic. L'opérateur vérifie toutes les parties de l'abdomen en commençant par le haut, recherche les métastases ou l'atteinte possible de tout organe abdominal. Les anses grêles refoulées avec précaution vers le diaphragme sont maintenues et soigneusement protégées au moyen de grandes compresses. Le petit bassin dégagé laisse bien examiner l'anse sigmoïde que l'on déroule (la mobiliser si elle est fixée), puis le péritoine inférieur.

4° Intervention. — L'opération radicale étant décidée, l'ordre est donné à l'opérateur périnéal. Les deux opérateurs commencent leur travail synchroniquement.

a) *Opérateur abdominal.* L'opérateur abdominal travaille debout, à gauche, à côté de la tête du malade, presque symétriquement par rapport au bassin. Il déroule l'anse sigmoïde et recherche l'endroit favorable pour la sectionner; puis sectionne le méso avec la préoccupation d'une bonne vascularisation du moignon intestinal mobile destiné à constituer l'anus définitif. La section doit se faire à quatre ou cinq travers de doigt au-dessus du néo après écrasement et mise en place d'une des branches du petit écraseur de de Martel ou après thermocautérisation entre deux ligatures à la grosse soie. Les surfaces de section sont iodées et coiffées d'une compresse de gaze solidement ligaturées et encapuchonnées de gutta percha stérile. Le bout supérieur est rejeté vers l'ombilic en dehors du champ abdominal.

La section du méso se prolonge jusqu'au pédicule de l'artère mésentérique inférieure au point correspondant à la section du côlon. On sectionne ce pédicule entre deux ligatures. La section se poursuit jusqu'à la racine du méso puis s'infléchit perpendiculairement à la première incision, se poursuit au ras de la paroi postérieure du bassin pour enlever en totalité les ganglions, les vaisseaux, la graisse du méso. Elle s'arrête un peu au-dessus du cul-de-sac de Douglas qu'il faut inciser.

L'incision du cul-de-sac de Douglas se fait suivant le mode ordinaire en ellipse ou en raquette. Partant d'une extrémité de l'incision du méso sigmoïde va à l'autre en taillant un lambeau rétro-vésical chez l'homme ou rétro-vaginal chez la femme. Suivant le ou la malade la vessie ou l'utérus est récliné en avant.

En tirant vers le haut le bout inférieur de la section du sigmoïde, l'opérateur abdominal, à l'aide d'une compresse, commence le décollement de la graisse des ganglions des vaisseaux du méso. Il rencontre les uretères dans la région

des vaisseaux iliaques. Il saura les reconnaître et les ménager. Il recherche l'artère sacrée moyenne pour la sectionner entre deux ligatures. Puis il descendra vers le périnée en creusant de préférence un tunnel présacré. Tout ce travail de décollement de l'opérateur abdominal a été fait en pleine entr-aide avec l'opérateur périnéal.

b) *L'opérateur périnéal* pendant ce temps travaille debout en face le périnée. Après avoir suturé l'anus en bourse et incisé les téguments autour de lui et verticalement en avant et en arrière, profite de l'excellente hémostase que vient juste d'établir l'opérateur abdominal pour pénétrer dans le tissu cellulaire et inciser latéralement les fosses ischio-rectales. Il sectionne les releveurs *en ménageant le coccyx* contrairement à Kirschner, le jour périnéal sera suffisamment grand et c'est ménager un peu plus le malade. Enfin il sectionne les attaches antérieures et postérieures.

L'anus étant isolé de tous côtés, l'opérateur périnéal va procéder à la recherche du plan de clivage rétro-rectal. Dès lors il est aidé par l'aide de l'opérateur abdominal, qui l'éclaire par diaphanoscopie en maniant sa lampe dans le Douglas.

De même l'opérateur périnéal aide l'opérateur abdominal : en palpant au doigt d'un côté ce que l'autre palpe de l'autre côté, en l'éclairant par diaphanoscopie. Les précautions à prendre sont d'éviter de faire entrer en contact le doigt qui palpe d'un côté avec un instrument de l'autre champ, ou de faire passer un doigt d'un champ à l'autre. *L'asepsie des deux champs doit être séparée le plus possible*. Les tractions à chaque extrémité du rectum séparé ne doivent pas être simultanées.

Par cette entr'aide continue, l'un ou l'autre des opérateurs se rendra compte de la nature des tissus intéressés pour les ménager ou les sectionner.

Par un décollement pré ou rétro-rectal, suivant la tumeur, les deux opérateurs arrivent en contact. Il s'agit maintenant d'extirper le rectum et sa tumeur.

Extirpation. Deux cas peuvent se produire :

1° La tumeur n'est pas trop grosse et l'intestin pas trop friable.

L'opérateur périnéal passe une pince par le tunnel pré ou rétro-rectal depuis le périnée, saisit l'extrémité supérieure du rectum et le tire à lui. L'intestin se coude en avant ou en arrière. L'opérateur abdominal sectionne avec de longs ciseaux sous le contrôle de la vue et du toucher, les brides qui se tendent du rectum au voisinage; achève le décollement là où il n'a pas été fait, l'opérateur périnéal dirigeant les tractions de l'intestin et aidant au besoin par la diaphanoscopie.

Le segment rectal portant la tumeur et entouré de son atmosphère cellulo-graisseuse et ganglionnaire ainsi libéré est retiré par le champ périnéal.

2° Si la tumeur est trop grosse, on ne pourra replier le rectum sur lui-même pour le dégager. Si la tumeur est assez évoluée, les tissus trop fragiles ne permettront pas la moindre traction sur le périnée, avant la libération complète du rectum, sans se rompre.

Dans ces cas, il faudra libérer le rectum de tous côtés, les deux chirurgiens s'entr'aidant et l'extraction se fera de bas en haut, du ventre vers le périnée. Le rectum portant sa tumeur sera dégagé par le périnée comme dans les cas précédents.

Une révision soigneuse de la cavité du petit bassin complète cette exérèse.

Péritonisation. — D'ordinaire, l'opérateur abdominal se trouve devant une brèche péritonéale d'une petitesse surprenante. Il la fermera par un surjet continu parfaitement hermétique.

La péritonisation sera facilitée chez la femme par la conservation de l'utérus et de ses annexes. On comprendra dans le surjet le fond utérin et les ligaments ronds.

Cependant, chez l'homme, le péritoine restant peut-être trop court pour réparer la brèche. Si l'anse sigmoïde est suf-

fisamment longue, on la déroule de façon à créer un anus iliaque sigmoïdien droit. On fera une péritonisation transversale avec l'anse sigmoïde, au-dessus de la brèche, suivant le procédé de péritonisation utilisé en gynécologie et dit à la Chaput.

Anus iliaque. — L'extrémité libre du sigmoïde isolé hors du ventre, est passé de dedans en dehors, par une incision de décharge iliaque gauche et tiré de 7 à 8 centimètres, suivant le procédé de Schneider — connu de longue date au Japon Fujinami — de la sorte, les sutures de la paroi sont protégées plus sûrement du contenu intestinal. On évitera par ce procédé, bien des gangrènes, des péritonites, des septicémies.

Au bout de quelques jours, l'intestin deviendra nécrotique à la suture à la paroi, mais paroi et intestin étant déjà accolés de façon étanche, l'intestin ne produira pas de souillure précoce des sutures cutanées.

L'opération se termine par la fermeture en un plan au fil métallique de l'incision de laparotomie.

Pansement antiseptique hermétique de la suture médiane et de l'incision de l'anus iliaque.

La plaie périnéale sera comblée par un méchage important périnéal, poussé jusqu'au contact du surjet de péritonisation; on la rétrécit par des crins.

On place une sonde de Petzer à demeure dans la vessie.

Pour combattre encore la cellulite pelvienne, on injectera au malade les trois premiers jours :

40 centimètres cubes de sérum antigangréneux, deux fois par jour;
30 centimètres cubes de sérum anticolibacillaire;
40 centimètres cubes de sérum antistreptococcique.

Le premier jour, on surveillera bien le cœur du malade prêt à dominer toute défaillance. On fera un litre de sérum salé par jour, et éventuellement une tranfusion.

Par la suite, on appliquera les soins ordinaires aux opérés du rectum : lavements, purgations, etc...

AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS

Avantages. — Les avantages de la synchronisation du procédé combiné, résident surtout dans l'entr'aide des opérateurs.

L'opérateur abdominal, après isolement des deux tranches de l'anse sigmoïde sectionné, trouve le canal présacré presque préparé par l'opérateur périnéal, pour extirper le rectum et sa tumeur.

L'opérateur périnéal, lui, après achèvement de la voie présacrée, trouve les temps les plus difficiles de la périnéale achevés, c'est-à-dire la section du péritoine, la ligature et la section de l'hémorroïdale supérieure.

L'entr'aide est maximum aux endroits les plus difficiles du travail. La collaboration est la plus efficace entre les opérateurs abdominal et périnéal; chacun s'avance de son côté, non pas en aveugle, mais contrôlé et ramené dans le bon chemin par l'opérateur opposé, abordant les obstacles du côté jugé le plus favorable.

La diaphanoscopie est le moyen le plus remarquable mis à la disposition des opérateurs dans cette méthode, pour les guider. Pour l'opérateur d'un côté, les tissus éclairés de l'autre côté, laissent voir nettement toute formation cordiforme; l'endroit le plus mince s'éclaire et montre le chemin à suivre par la voie la plus rapide, la moins dangereuse, vers l'autre champ opératoire. L'opérateur reconnaît si dans les tissus illuminés, il existe des formations cordiformes, qui méritent d'être écartées comme les uretères, ou à ligaturer, comme les vaisseaux.

Ainsi, se continue le travail, jusqu'au moment où le tunnel présacré établi, le rectum est tiré vers le périnée, laissant le petit bassin plus accessible à la vue, au palper des masses douteuses. On achève d'extirper le rectum.

Par la méthode synchrone, la péritonisation est plus simple par suite du vide du petit bassin; les bords péritonéaux se rejoignent facilement au-dessus de cette cavité.

Les dangers septiques sont moindres par l'exérèse et l'éloignement rapide du rectum de la cavité du petit bassin, et

par l'éloignement rapide de l'extrémité supérieure de la section du sigmoïde de la cavité péritonéale.

La méthode synchrone est pratiquée de manière continue sans manœuvres brutales, le plus souvent causes de shock. L'hémorragie est minime; tout vaisseau est vu et lié avant sa section.

Le changement de position du malade n'existe pas avec son incommodité, sa perte de temps.

En fin de compte, exécutée par deux opérateurs en entente parfaite et des aides bien au courant de leur rôle, l'opération entière peut être terminée en quarante-cinq minutes.

Ce gain de temps sur la durée moyenne d'une abdomino-périnéale combinée — une heure et demie — est à considérer.

Inconvénients. — Evidemment, le procédé synchrone d'amputation abdomino-périnéale du rectum est une grosse opération qui effraie tout d'abord. Elle exige un personnel opérateur important, une instrumentation conséquente; donc n'est applicable que dans les grandes cliniques. Nous ne voyons pas pourquoi elle augmenterait le shock par rapport à celui de l'abdomino-périnéale combinée, et pourquoi un sujet pas très âgé, en état physique satisfaisant, ne gagnerait pas à subir cette intervention, plutôt que l'abdomino-périnéale combinée, pour un cancer du rectum. D'ailleurs, notre deuxième malade avait très bien résisté, malgré son cœur déficient.

OBSERVATIONS

Observation I

Mme B..., 62 ans ménagère, est entrée dans le service de M. le Professeur Dupérié, pour des douleurs lombaires et des troubles digestifs.

Le 26 octobre 1936, elle est transéatée dans le service de M. le Professeur Guyot,

Le début de ces douleurs lombaires remonte à deux ans. Elles sont provoquées par certains travaux pénibles, comme le porter, et cessent avec le repos. Ces douleurs siègent au niveau des dernières vertèbres dorsales et des premières lombaires, sur 15 à 20 centimètres, se continuant en avant en ceinture, et s'irradiant légèrement dans les membres inférieurs.

L'apparition des troubles digestifs coïncide avec celle des douleurs lombaires. La malade, qui jusque là allait régulièrement à la selle deux fois par jour, voit s'installer chez elle une constipation qui ne cède qu'à des purgations. Les matières qu'elle émet tardivement après des coliques, sont rares, jamais dures, sans forme spéciale. La malade éprouve sans cesse la sensation d'un corps étranger dans le rectum, dont elle voudrait se débarrasser, et se présente souvent, mais inutilement à la selle.

Depuis le mois de juillet, à la défécation, se produit un écoulement sanguin à caillots noir-rougeâtres précédant les selles.

A l'heure actuelle, la malade accuse un amaigrissement de 13 kilos, depuis ces deux dernières années. Son appétit diminue de plus en plus.

Dans les antécédents de la malade, nous retiendrons : une pleurésie à 30 ans, et depuis lors, une bronchite chronique. Il y a dix

ans, une entéro-colite durant laquelle la malade passe vingt jours sans aller à la selle.

Examens : Les douleurs sont accusées à la palpation seulement en un point situé au niveau de la huitième dorsale, douleur plus costale que vertébrale. Les mouvements sont possibles en tous sens.

Appareil digestif : La langue est sale.

L'abomen souple, avec un point douloureux haut situé dans la fosse iliaque gauche.

Au toucher rectal, on trouve à bout de doigt, une masse arrondie multilobée en choux-fleur, du volume d'un œuf de pigeon. Elle descend peu à la poussée abdominale, semble implantée sur la paroi postéro-latérale droite du rectum.

Au toucher vaginal, le cul-de-sac de Douglas est irrégulier, fixe, un peu cartonné. Le col utérin est normal. Rien par ailleurs.

Appareil cardio-vasculaire : Pouls petit, rapide.

A l'auscultation, on trouve un souffle systolique à propagation axillaire.

Tension artérielle : Mx = 13; Mn = 7; Io = 4; Pe = 10.

Système nerveux : Papilles en myosis réagissant peu à la lumière. Rien par ailleurs.

Examens de laboratoire : Urée = 0 gr. 18

Cholestérol = 2 gr. 31

Bordet-Wassermann, Meinicke, Kahn } négatifs

Selles = Kastle Meyer très positif. Nombreuses hématies. Nombreux leucocytes non altérés. Nombreuses cellules épithéliales.

Rectoscopie. — A 11 centimètres de l'orifice anal, sur la paroi interne du rectum, on aperçoit une masse bourgeonnante du volume d'une prune, grisâtre, dure, fixée, produisant un suintement sanguinolent abondant.

Diagnostic. — Il s'agit évidemment d'un cancer du rectum, déjà très avancé, évoluant depuis plus d'un an. Localement, il y a de

l'infiltration très nette postéro-latérale droite. La masse est fixée en arrière sur le sacrum. Le doigt ne dépasse pas la limite supérieure du cancer qui s'étend assez haut vers la partie supérieure du rectum.

Il s'agit donc d'un très mauvais cas au point de vue local et d'un non moins mauvais cas au point de vue général. La malade, âgée de 62 ans, paraissait beaucoup plus que son âge et présentait un mauvais état général. On se décide cependant, en désespoir de cause, à tenter l'opération.

Intervention pratiquée le 27 novembre 1936.

Opérateurs : du côté périnéal, le Professeur Guyot, aidé du docteur Courriades, chef de Clinique; du côté abdominal, le docteur J. Villar, aidé de Bénelli, interne.

Anesthésie à l'éther à l'ombrédanne.

La malade est placée en position gynécologique avec un petit coussin plat, surélevant le périnée, qui déborde largement le bout de la table. Les deux jambes sont en flexion abduction légère. Les épaulières permettent un trendelenburg suffisant pour que l'exposition des deux champs opératoires soit excellente, pour la région périnéale, et simplement suffisante pour le champ abdominal.

Premier temps. — Laparotomie médiane. Protection soigneuse.

La tumeur est énorme à la partie supérieure de l'ampoule rectale. Elle est peu mobile mais on a l'impression d'une exérèse possible.

L'opérateur périnéal, le Professeur Guyot, commence alors le temps périnéal qui s'exécute rapidement et avec une excellente hémostase.

Pendant ce temps, section par le docteur Villar de l'anse sigmoïde, Ligature et section de l'hémorroïdale supérieure. Section des deux lames du méso-rectum.

Les tractions hautes sur la tumeur y produisent une légère déhiscence. On a l'impression très nette qu'une amputation périnéale simple décapitant, par suite des traefions aveugles, la masse néoplasique en son milieu.

L'entr'aide des deux opérateurs est très importante et surtout pour les points suivants :

Ouverture de l'espace rétro-rectal;

Ouverture du cul-de-sac péritonéal antérieur;

Hémostase.

Bientôt le rectum est complètement dégagé. Il est extrait par la région périnéale.

L'amputation de la tumeur a duré exactement vingt-cinq minutes.

Deuxième temps. — L'opérateur abdominal procède alors à une péritonisation parfaite grâce aux deux ligaments ronds et au fond utérin, conservés, qu'il vient accoler au périfoine pariétal postérieur par un surjet solide et facile. Cette péritonisation est un des temps les plus satisfaisants du procédé synchrone. A condition de garder l'utérus on arrive à fermer hermétiquement, grâce à un abondant matériel, l'hyatus périnéal.

Troisième temps. — L'écarteur de Ricard étant enlevé, courte incision de décharge iliaque gauche par où est extériorisé en un anus définitif le bout supérieur de l'anse réséquée.

Fermeture au fil métallique de la laparotomie médiane. La plaie périnéale simplement rétrécie est bourrée de mèches. Une sonde de Petzer est mise dans la vessie.

Durée totale de l'opération quarante-cinq minutes.

Malheureusement au moment des derniers points cutanés, la malade, qui était restée très cyanosée sous l'anesthésie à l'éther, se cyanose de plus en plus et cesse de respirer, le visage violacé comme dans une syncope anesthésique bleue banale. *Son pouls est bon, son cœur bat normalement.*

Cependant, malgré tous les moyens mis en œuvre, on ne peut obtenir le retour à la conscience de la malade. Après une heure d'efforts elle est rapportée dans son lit, comateuse, sans pouls, avec une respiration périodique du type Cheyne-Stokes. Mort deux heures après.

Cette malade, malgré quelle soit morte en fin d'opération et presque sur la table, ne semble pas avoir présenté cependant le véritable signe de shock (refroidissement, pâleur, abolissement du pouls). Cette malade tarée au point de vue général a semblé faire des accidents bulbo-encéphaliques d'ordre plutôt anesthésique.

Evidemment il s'agissait d'un très mauvais cas. Sans doute peut-être aurait-il fallut reculer devant l'exérèse de cette tumeur déjà très avancée. En tout cas, quoique les apparences soient pour une mort par shock opératoire, les signes cliniques permettent d'en discuter en l'absence de toute certitude anatomo-pathologique.

Observation II

Mme B..., 53 ans, ménagère, entre dans le service de M. le Professeur Guyot, sur les conseils du docteur J. Villar, pour subir l'opération du néo du rectum.

Vers fin septembre 1936, la malade est incommodée par une diarrhée persistante. Ses selles très nombreuses ne présentent aucun élément anormal à la vue. La malade maigrit; son appétit décroît, son teint jaunit. Cet ensemble de signes l'amène à consulter un médecin. Il lui prescrit un traitement hépatique.

Fin juin, la malade n'a obtenu aucune amélioration de son état. Elle présente en plus un fort degré d'asthénie mais ne souffre pas. Le docteur Ferrand, appelé à lui donner ses soins, lui trouve une tumeur au rectum et l'adresse au docteur J. Villar

Cette femme, qui a beaucoup souffert d'incidents pénibles survenus dans sa famille, a eu quatre enfants intercalés avec quatre fausse-couches.

Entrée dans le service de M. le Professeur Guyot, le 4 août 1937, très fatiguée par son état intestinal et une affection cardiaque datant de longtemps. Elle présente des syncopes au moindre effort et est activement traitée à la digibaïne, l'actibaïne jusqu'au 26 août 1937, date de son opération.

Examens de laboratoire. — Formule sanguine : Anémie.

Bordet-Wassermann
Meinicke } positifs.
Kahn

— Urée = 0,30.

— Urines = léger sédiment.
urée = 28,5 gr./l.
albumine = 0 gr. 07.
Nombreux leucocytes isolés et en amas.
Très nombreuses cellules en plaques.

Examen. — Femme amaigrie au teint jaunâtre, au ventre encore un peu adipeux.

Au toucher rectal on trouve nettement une énorme tumeur bourgeonnante haut située du rectum. Cette tumeur est circonférencielle et le doigt n'arrive pas à dépasser sa limite supérieure. La tumeur est fixe, bloquée, non pas en avant — vagin et utérus sont libres — mais bien en arrière dans la cavité sacrée et surtout du côté gauche. C'est en vain qu'on essaie de mobiliser cette tumeur, même au cours de la poussée abdominale la fixité est complète.

Autres appareils. Cœur. Souffle systolique de la base, grosse aorte.
Formule sanguine : anémie.
Bordet-Wassermann faiblement positif.

En résumé : Femme fatiguée portant un cancer évoluant depuis près de un an. Le cancer paraît complètement fixé. De plus, la malade présente des signes d'aortite avec Wassermann faiblement positif.

Le docteur Loubat, qui assure le remplacement du Professeur Guyot pendant les vacances, veut bien examiner la malade et donner son avis au docteur Villar.

Son impression, à lui aussi, est qu'il sagit d'un cancer fixé inopérable. Cependant, lorsque l'état général sera un peu remonté et après un traitement spécifique, il envisage la possibilité d'une laparotomie exploratrice.

C'est dans ces conditions, que la malade ayant été soigneusement préparée (tonicardiaques, piqûre de cyanure de mercure, fortifiants, etc...), que l'intervention est pratiquée le 26 septembre 1937 :

Opérateur abdominal : Docteur J. Villar, aidé de Labori, interne.

Opérateur périnéal : Docteur J. Chavannaz, aidé de Chestoux, interne.

Rachianesthésie excellente par injection de 10 centigrammes de syncaïne à 5 p. 100 au niveau de la deuxième lombaire.

Position identique de la malade. Laparotomie médiane exploratrice dans un premier temps.

Enorme tumeur remplissant le fond du Douglas, fixée en arrière et à gauche mais laissant libres les organes du petit bassin. On décide l'exérèse.

Section du sigmoïde, du méso rectal. Hémostase de l'hémorroïdale supérieure. L'intestin est sectionné en laissant en place une pièce du petit écraseur à trois branches de de Martel. La tranche de section est emmaillotée dans une gutta percha stérile ligaturée à la soie.

Cependant l'opérateur périnéal rencontre d'assez grosses difficultés dans le clivage postérieur et l'aide de l'opérateur abdominal ainsi que la diaphanoscopie par la lampe portative stérile maniée au fond du Douglas lui facilitent beaucoup la tâche.

A ce moment une pince en cœur déchire le rectum au niveau de sa jonction avec la sigmoïde. L'intestin est dailleurs extrêmement friable et malade. Malgré toutes les précautions il se produit un certain écoulement des matières sur les compresses du champ abdominal et l'opérateur est obligé de pratiquer une recoupe du rectum au-dessous du point déchiré dont on ne peut étancher autrement l'écoulement.

On doit compléter à ce moment de l'intervention la rachi par une anesthésie générale à l'éther, la malade commençant à pousser ses anses intestinales.

Par l'orifice rétro-rectal une pince poussée du côté périnéal vers le côté abdominal permet de sortir la partie sectionnée du rectum et de la tirer au dehors. L'extirpation périnéale se termine ainsi en suivant au plus près le rectum coudé en deux.

Large méchage périnéal. Drain abdominal. Fermeture en un plan au fil métallique.

L'anus est fait médian et sus-pubien.

Durée totale de l'opération une heure cinq minutes.

Durant cette intervention on a eu l'impression que cette tumeur très avancée dans son évolution aurait été des plus difficile à extirper par une autre technique.

Suites opératoires. La malade est rapportée dans son lit avec un excellent pouls sans refroidissement périphérique. Elle est fatiguée les deux premiers jours et ne présente à aucun moment les signes d'un shock inquiétant.

Elle urine normalement. Dès le deuxième jour l'anus iliaque médian fonctionne, les gaz sont émis.

Au cinquième jour, la malade est apyrétique, la plaie périnéale, dont on a enlevé les premières mèches, a bon aspect. La malade est allée à selle abondamment grâce à un laxatif léger. Tout paraît donc aller pour le mieux lorsque le 2 septembre s'installe brusquement une douleur angineuse avec collapsus cardiaque subit qui emporte brutalement la malade.

Cette femme spécifique, qui présentait une aortite avant l'opération (diagnostic du docteur Lévy), semble avoir décédé des suites d'une crise d'angine de poitrine.

Aucune autopsie n'a pu être faite.

Cette observation, dont le docteur Villar avait espéré beaucoup au point de vue démonstration, ne saurait donc être plus concluante au moins dans ses résultats que la première.

Cependant, comme dans la première observation, le procédé synchrone s'est montré remarquable au point de vue technique puisqu'il a permis l'extirpation d'une tumeur inopérable par tout autre procédé. De plus, les suites immédiates très favorables ont permis d'écarter dans ce cas l'accusation d'un shock massif qui reste le point noir, semble-t-il, de la méthode.

RÉSULTATS

1° *Résultats personnels.* Dans les deux observations qui précèdent, nos espérances n'ont pas été satisfaites. Les malades ont succombé. Après considération de l'état antérieur de ces deux mauvais cas indiscutables, on ne peut cependant conclure à une mortalité opératoire de 100 p. 100 !

En effet, ces deux malades, toutes deux intoxiquées depuis plus d'un an par leur cancer en évolution, étaient très fatiguées. L'une âgée de plus de 60 ans, physiquement très déprimée, avait un cœur fatigué. L'autre, bien qu'âgée de 53 ans, avait un cœur dans un tel état de déficience que l'on a dû la traiter près d'un mois avant d'entreprendre l'intervention.

Dans ces conditions, surtout au début d'une méthode, théoriquement mise au point avec très grand soin, mais il faut le reconnaître qu'on avait hâte d'appliquer, ces malades ne répondant pas à toutes les conditions voulues, n'ont pas résisté

D'ailleurs, si nous rattachons la mort de la première malade uniquement à des circonstances d'anesthésie malheureuse et non au shock dont elle ne présentait aucun signe, la mort de la deuxième est peut-être imputable à des circonstances non opératoires. Cette malade était affligée d'une aortite reconnue avec Bordet-Wassermann positif. Sa mort, huit jours après l'opération, semble due à un accident que l'on doit rattacher plutôt à une crise d'angine de poitrine. Les suites immédiates avaient été des plus satisfaisantes et l'on s'apprêtait à glorifier la méthode.

Avant de juger de la valeur de la méthode synchrone, il faudrait pouvoir consulter un certain nombre d'autres observations.

Le seul mérite de ce modeste travail sera d'attirer l'attention sur ses possibilités techniques qui tenteront peut-être d'autres chirurgiens.

2° *Résultats publiés.* Les seuls résultats publiés par ailleurs, ceux de Fujinami, confirment nos espoirs en la méthode synchrone.

Sur vingt-deux malades opérés, sept sont morts dans les huit jours qui suivirent l'opération, cinq de conséquences opératoires directes, deux de péritonite ultérieure. Soit une mortalité de 31,8 p. 100.

Quand l'abdomino-périnéale combinée, pour vingt-trois malades dans les mêmes mains, donne une mortalité de 60,8 p. 100.

Par la méthode synchrone, Fujinami obtient le très grand abaissement de la mortalité opératoire désiré.

Kirschner, à la fin de son article de septembre 1934, dit avoir eu aussi des mécomptes tout au début de la mise en train de sa méthode synchrone abdomino-sacrée, sans préciser. Il attend d'avoir disposé d'un plus grand nombre de malades pour juger si sa méthode synchrone atteint réellement le but d'abaisser la très forte mortalité du procédé combiné abdomino-sacré. Nous pensons, du reste, que l'abdomino-sacrée restera toujours plus grave que l'abdomino-périnéale et corollairement le procédé synchrone abdomino-sacré plus grave que le procédé synchrone abdomino-périnéal.

Pour le docteur Hybbinette, de Stockholm, qui a donné personnellement, au Congrès de chirurgie à Paris en 1937, ces indications au docteur Jean Villar, l'opération synchrone est une opération grave sur un sujet non résistant. Son opinion est d'autant plus intéressante qu'il a une des plus grandes statistiques d'abdomino-périnéales — cent cinquante cas — et qu'il emploie volontiers le procédé synchrone.

De toute façon, l'opération abdomino-périnéale combinée synchrone est une opération dont on doit se souvenir, dont il vaut de peser les indications, les avantages et de tenter de la réaliser matériellement.

INDICATIONS

Nous n'avons pas la prétention de traiter toutes les indications d'intervention sur le cancer du rectum. Ces indications ne concerneront que strictement la méthode d'amputation combinée synchrone abdomino-périnéale.

Cette méthode exige tout d'abord une résistance physique suffisante chez le malade, pour supporter sans défaillance le shock consécutif à l'exérèse complète et rapide du rectum cancéreux et de tous les tissus tributaires. Shock que l'on s'efforcera pourtant de réduire au minimum On comprend que dans ces conditions, cette méthode ne pourra être appliquée qu'aux sujets au-dessous de 60 ans, mis à part les cas de conservation physique non en rapport avec l'âge.

Au point de vue du sexe, la méthode synchrone est plus facilement applicable à la femme qu'à l'homme. Les manœuvres opératoires jouissent d'une plus grande aisance dans un bassin plus vaste. Le péritoine laissera plus d'étoffe libre après l'amputation. Enfin, l'utérus qu'il vaut mieux, contrairement à l'ancienne doctrine classique de Tixier, ne pas enlever systématiquement avec ses annexes, fournira un bon matériel de remplissage pour le petit bassin presque vide, et un soutien pour la voûte péritonéale inférieure.

Chez l'homme, une difficulté vient du fait que les bourses et la verge sont une gêne pour le champ périnéal. Kirschner conseille de les fixer à la cuisse droite par une bande adhésine. La question de l'étroitesse du bassin n'intervient plus car un opérateur éclairant et guidant l'autre, le deuxième opérateur n'est nullement gêné dans sa pratique. Il en est de même de la péritonisation. Par cette méthode, intervention

toujours sous le contrôle de la vue, l'étoffe péritonéale sera plus ménagée que dans d'autres méthodes plus aveugles lors de l'exérèse. Le péritoine de l'homme plus sensible aux agents microbiens que celui de la femme, d'après bien des auteurs, se défendra tout aussi bien car les causes d'infection seront mieux prévenues.

Au point de vue de la localisation, la méthode synchrone ne s'appliquera pas à tous les cancers quel qu'en soit le siège.

Les avantages de certaines méthodes sont actuellement connus et indiscutables. Il suffit de se rapporter aux travaux du grand nombre d'auteurs qui les défendent de toute leur ardeur pour être persuadé de l'avantage de leurs méthodes préférées en certaines circonstances.

Soupault reprit entièrement, en 1927, les origines, les différents modes opératoires, les avantages et inconvénients de la méthode de Hartmann pour l'intervention sur les cancers à la jonction du sigmoïde et du rectum, et du haut rectum; c'est-à-dire, cancers limités en bas, intérieurement à la troisième valvule de Houston, extérieurement à la partie inférieure du cul-de-sac de Douglas.

Cette pratique courante a fait ses preuves et est acceptée de tout le monde.

Pourtant, Charrier, de Paris, en 1934, revoit entièrement l'opération de Hartmann, comme l'avait fait Soupault, précisant bien des points, l'améliorant surtout au point de vue drainage et prévention de la cellulite pelvienne, cause principale d'échec. Comme dernier argument en faveur de sa méthode, il donne comme preuve de sa valeur sa belle statistique.

De même pour les cancers très bas situés, les avantages de l'intervention périnéale classique — simple et peu dangereuse d'après Challier et Mondor — ne se discutent plus pour beaucoup de chirurgiens qui reculent devant les risques de l'abdomino-périnéale.

Donc, tout comme l'abdomino-périnéale combinée, l'amputation abdomino-périnéale synchrone du cancer du rectum s'appliquera surtout aux cancers de l'ampoule rectale et immédiatement sus-ampullaires.

Si dans cette méthode on doit observer des limites dans le sens axial, l'extension périphérique ne sera pas un obstacle, une contre-indication, bien au contraire.

Dans la deuxième observation, la malade avait été jugée inopérable et l'intervention a parfaitement réussi. La malade a résisté, se rétablissait, quand elle a succombé à la défaillance de son cœur en bien mauvais état depuis longtemps.

Nous contrecarrons l'idée établie, que seule l'extension périphérique du cancer entrait en ligne de compte pour juger de l'opérabilité.

Autrefois, le chirurgien découvrant par l'examen un rectum bloqué de toute part par des adhérences, n'avait à sa disposition aucun moyen clinique pour faire la démarcation entre les deux variétés d'adhérences, néoplasique ou inflammatoire. Même à l'intervention on ne pouvait pencher pour l'un ou pour l'autre genre si elles étaient nombreuses et solides. On remettait la discrimination à plus tard. Lorsqu'un anus contre nature palliatif établi, en dérivant bien le cours des matières et en diminuant les résorptions septiques au niveau des zones ulcérées amenait la régression et même la libération du rectum, on concluait à adhérence inflammatoire et on se risquait à intervenir. Sinon, on s'avouait impuissant devant le processus cancéreux.

Dans la méthode synchrone, en présence d'un rectum cancéreux bloqué dans le petit bassin, l'aide entre opérateurs permettra, quand même, de découvrir les plans de clivage, d'arrêter à temps un instrument, une main, une compresse engagé dans une voie dangereuse, prêt à causer un accident regrettable.

Nous n'envisageons que les adhérences quelle que soit leur nature, car dans les contre-indications, nous signalerons que

le chirurgien se verra obligé d'abandonner sans y toucher tout rectum bloqué avec propagation du processus cancéreux aux organes voisins.

Plus simplement, la méthode abdomino-périnéale synchrone est indiquée chez les ujets en bon état général, capables d'une résistance physique appréciable. C'est là le point qui limite le plus son application.

CONTRE-INDICATIONS

Citer les contre-indications c'est reprendre le chapitre précédent Pour la plupart, ces contre-indications s'appliquent aux règles généralement observées dans l'intervention pour cancer du rectum.

Les vieux malades ne peuvent résister à la forte secousse de cette méthode. Non plus les très gras chez lesquels les opérateurs sont très gênés pendant l'intervention, et généralement ces malades ont un fonctionnement déficient de leurs organes essentiels.

Nous ne reprendrons pas toutes les diverses contre-indications opératoires générales (diabètes, affections cardiaques, affections pulmonaires affections rénales, la cachexie, etc...) pour nous étendre plus longuement sur les contre-indications locales.

Evidemment, *les généralisations diverses, l'envahissement des organes*, tels que vessie, urètre, prostate contre-indiquent l'opération. Mais le procédé synchrone permettra d'élargir considérablement les possibilités opératoires. Ce sera affaire de sens chirurgical de reconnaître à temps, avant l'opération et au cours de celle-ci, les envahissements devant lesquels il vaut mieux reculer, pour se borner à un anus colique palliatif.

Reste le cas où le malade à opérer de cancer du rectum se trouve en pleine occlusion, contre-indication formelle à l'intervention. Il faut d'abord évacuer l'intestin de ses gaz, de ses matières et de toutes élaborations septiques. Ici encore on aura recours à une colostomie de dérivation. En temps voulu on profitera de cet anus pour faire des lavages du bout

intestinal inférieur qui diminueront l'infection surajoutée au cancer, arrêterons les hémorragies. L'état général se remontera rapidement. Alors dans un deuxième temps on procédera à l'amputation synchrone. Si de préférence on a créé un anus iliaque gauche on terminera en invaginant au dehors le bout proximal sigmoïdien à travers l'anse afférente de l'anus iliaque, pour la supprimer. Si à la première intervention le malade présentait une énorme dilatation de l'S sigmoïdien, donc à parois amincies, étirées, friables, ou une anse trop courte ou trop accolée, à cause d'accidents connus possibles, l'installation de l'anus iliaque gauche se trouve irréalisable. Ces cas obligent d'avoir recours à la caecostomie. L'anus caecal offre moins de commodité, demande plus de soin que l'anus iliaque colique gauche. On le fermera lors de l'amputation rectale par le procédé synchrone, pour le remplacer par un anus colique iliaque gauche ou un anus médian définitif.

En résumé, ce qui caractérise cette technique, c'est l'élargissement considérable des possibilités d'action directe et la grande diminution des contre-indications locales.

Par contre, en l'absence d'un assez grand nombre d'observations nous estimons que le shock opératoire étant au moins aussi élevé que dans l'abdomino-périnéale ordinaire, les contre-indications tirées de l'état général et de la résistance physique gardent toute leur valeur et vraiment, il faut bien l'avouer, limitent l'application du procédé synchrone.

Peut-être, par la suite, verrons-nous que la meilleure hémostase, l'extrême rapidité, la facilité opératoire sont des circonstances favorisantes à un moindre shock et qui permettent ainsi d'élargir les indications de ce procédé et de l'appliquer même aux sujets fatigués.

CONCLUSIONS

I — Le procédé synchrone d'amputation abdomino-périnéale du cancer du rectum n'est applicable qu'aux sujets au-dessous de 60 ans par ailleurs en bon état physique.

II. — Le procédé synchrone s'appliquera aux cancers du rectum proprement dit, quelle que soit leur extension latérale, s'il n'y a pas envahissement des organes voisins par le processus néoplasique.

Il laisse au procédé de Hartmann les cancers haut-situés, au procédé périnéal, les cancers très bas-situés.

III. — Le procédé synchrone réduit énormément les difficultés de l'abdomino-périnéale combinée par l'entr'aide des opérateurs. La diaphanoscopie diminue les risques du travail en aveugle. L'exérèse est plus complète, plus rapide, moins brutale L'hémostase plus satisfaisante. La péritonisation y est facile et excellente, les risques de septicité bien moindres. La durée totale de l'opération est très raccourcie.

IV. — Des statistiques portant sur des cas répondant aux conditions voulues montreront certainement une baisse du pourcentage de la mortalité par rapport à l'abdomino-périnéale.

SERMENT

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, si je le viole et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.

Vu :
Le Doyen,
P. MAURIAC

Vu, bon à imprimer :
Le Président de la Thèse,
GUYOT

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 6 décembre 1937
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER

BIBLIOGRAPHIE

Challier et Mondor, Cancer du rectum. Bibliothèque du cancer, 1924.

Michel, Contribution à l'étude du traitement du cancer du rectum par l'abdomino-périnéale et l'abdominale pure. (Procédé de Hartmann.) Thèse de Lyon, 1925.

Soupault, L'opération de Hartmann; ablation par la voie abdominale des cancers du haut rectum et de la ponction recto-sigmoïdienne. *Journal de chirurgie*, t. XXX, p. 513, 1927.

Papin (F.), A propos de l'amputation abdomino-périnéale pour cancer du rectum. *Journal de chirurgie*, p. 510, 1928.

Charrier (J.), Cancer du rectum; nouvelle méthode d'ablation par la voie abdominale (opération de Hartmann), technique et résultats. *Journal de chirurgie*, t. XLIV, p. 26, 1934.

Kirschner, Rapport au LVIII^e^ Congrès de la Société allemande de chirurgie. *Zentralblatt für chirurgie*, p. 1415, avril 1934.

— Méthode combinée synchrone du traitement radical du cancer du rectum. *Archiv. für Klinische chirurgie*, t. CLXXX, p. 296, sept. 1934.

Fujinami, (S.) Méthode synchrone du traitement radical du cancer du rectum (commentaire de l'article de Kirschner). *Zentralblatt für chirurgie*, p. 203, 26 janvier 1935.

IMPRIMERIE MODERNE
A. DESTOUT AINÉ
8, RUE PAUL-BERT, 8
BORDEAUX